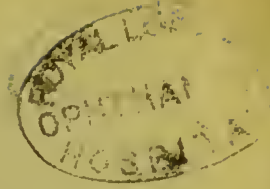


DE LA

CHOROIDITE EXSUDATIVE ET ATROPHIQUE

par le Dr DROGNAT-LANDRÉ (à Rio-de-Janeiro.)

Mon examen a porté sur 50 yeux de 37 malades affectés de choroïdite; 24 (65 %) d'entre eux étaient atteints d'un œil seulement et 13 (35 %) des deux yeux, ce qui démontre que *la choroïdite se présente le plus souvent à un seul œil.*

AGE DES MALADES.

L'âge des malades variait entre 15 et 54 ans; *c'est entre 18 et 35 ans que la maladie s'est présentée le plus souvent*. Cependant, bien qu'il ne se soit offert aucun malade de moins de 15 ans, on n'en peut pas conclure que la choroïdite ne se rencontre jamais au-dessous de cet âge; ces chiffres prouvent simplement la plus grande fréquence de cette affection aux époques sus mentionnés.

NATURE DE L'ALTÉRATION CHOROÏDIENNE.

On a observé des altérations

Atrophiques dans.	18 yeux.
Exsudatives »	9 »
Exsudatives et atrophiques à la fois dans	17 »

Dans 6 cas, la nature des altérations n'a pu être déterminée à cause des troubles des milieux.

L'état dans lequel l'altération s'est présentée dépendait surtout de l'âge de la maladie; or, comme la plupart des malades, ainsi que nous le verrons plus loin, se sont présentés avec une affection depuis longtemps chronique, il n'est pas étonnant que nous ayons trouvé 35 (79 °/₀) yeux dans lesquels il existait déjà une atrophie partielle de la choroïde, tandis que, dans 60 °/₀ des cas, j'ai constaté sur cette membrane des exsudats dont le plus grand nombre étaient anciens.

De plus, nous voyons que *les cas à altérations seulement atrophiques (41 °/₀) sont plus fréquents que ceux à altérations simplement exsudatives* (20 °/₀).

Dans les yeux qui réunissaient à la fois des altérations atrophiques et des altérations exsudatives, on constatait que les exsudats se trouvaient dans 10 cas entremêlés à des parties choroïdiennes atrophiques, c. a. d. que les deux lésions se touchaient; tandis que, dans 7 cas, les deux altérations étaient complétement séparées l'une de l'autre.

AGE DE LA MALADIE.

La maladie, au moment de l'examen, datait de 8 jours jusqu'à 23 ans, et chez 5 sujets elle datait probablement de la naissance.

Dans les 18 yeux à choroïdite atrophique, j'ai noté que l'âge de la maladie était

De 8 et 21 jours, dans	2 cas
» 2 mois jusqu'à 1 an	3 »
» 1 jusqu'à 11 ans	11 »
Probablement depuis la naissance dans	2 »

Dans les 17 yeux à choroïdite atrophique et exsudative à la fois, il était

De 15 jours,	dans.	2 cas
» 6 mois jusqu'à 1 an,	»	4 »

De 1 an jusqu'à 23 ans,	dans.	8 cas.
Probablement dès la naissance,	»	3 »

Dans les 9 yeux à choroïdite exsudative

De 8 jours,	dans	1 cas
» 20 et 22 jours,	»	2 »
» 1 jusqu'à 3 mois,	»	4 »
» 1 an et mois,	»	2 »

Dans les 6 yeux à fond oculaire invisible, il était

De 1 jusqu'à 6 mois,	dans.	6 cas

Pour les 2 cas de choroïdite atrophique signalés plus haut, il est probable que l'affection remontait à plus de 8 et 21 jours. Dans l'un de ces cas, les altérations se trouvant à la périphérie, le malade ne s'en est sans doute pas aperçu ; c'est lorsqu'il s'est développé une kératite ponctuée avec des troubles du corps vitré que la diminution de la vue a attiré son attention.

Dans l'autre, les altérations se trouvaient d'abord à la périphérie, et c'est quand le centre a été atteint que la malade s'est aperçue de la diminution de la vue. Il est du reste difficile d'admettre que le processus de l'atrophie se soit fait dans un laps de temps si restreint. De même pour les 2 yeux atteints d'altérations atrophiques exsudatives de 15 jours d'existence, il faut admettre le même raisonnement, car les altérations se trouvaient aussi à la périphérie.

Pour les yeux à altérations exsudatives, nous voyons que, la plupart du temps, la maladie était récente, ce qui cependant ne nous permet pas d'admettre que les choroïdites atrophiques observées alors que la maladie était déjà ancienne, aient aussi débuté par des exsudats. En outre, nous observons que les exsudations peuvent persister même 23 ans. Il va sans dire qu'il faut attacher une valeur approximative à ces chiffres, car il est plus que probable que plusieurs de nos malades étaient depuis longtemps, sans

s'en douter, en possession de leur mal. Au contraire, il me semble que, dans la plupart de ces cas, les altérations se développent de la même façon que le processus atrophique dans la scléro-choroïdite postérieure.

COUCHES DE LA CHOROIDE QUI SONT ATTEINTES.

Dans les 18 cas de choroïdite atrophique, il y avait

Lésion des 3 couches de la choroïde,	dans	14 cas
» de la couche pigmentaire épithéliale et de la chorio-capillaire	» .	2 »
» de la couche pigmentaire épithéliale	» .	2 »

Dans les 9 yeux à choroïdite exsudative, on constatait :

Lésion des 3 couches,	dans . .	4 cas
» de la couche pigmentaire épithéliale	» . .	3 »
Indéterminables,	» . .	2 »

Dans les 17 yeux à choroïdite exsudative atrophique, il y avait :

Lésion des 3 couches,	dans. .	10 cas
» de la couche pigmentaire épithéliale et de la chorio-capillaire.	» . . .	2 »
» de la couche pigmentaire épithéliale et des autres couches.	» . .	3 »
» de la couche pigmentaire épithéliale	» . .	2 »

Nous voyons donc *que, dans 54 °/₀ des cas, les 3 couches sont atteintes; dans 9 °/₀, la couche pigmentaire épithéliale et la chorio-capillaire en même temps; dans 16 °/₀ la couche pigmentaire épithéliale ; pour le reste les données ne sont pas sûres.* En outre, nous remarquons que, *pour la choroïdite atrophique, les altérations des 3 tissus prédominaient ;* que *pour la choroïdite exsudative il n'a pas été possible de déterminer avec exactitude qu'elles étaient les couches atteintes, sauf dans 3 cas.* Dans les 3 yeux, où ne s'observaient que des altérations de la couche pigmentaire épithéliale, l'exsudat se trouvait entre la rétine et la choroïde. Il m'est possible

de l'affirmer par ce fait qu'il se montrait du pigment au milieu ou aux bords de l'exsudat, et que plus tard, après la disparition de l'exsudat, il n'est resté qu'un simple désordre dans la couche pigmentaire épithéliale.

Pour les yeux à choroïdite exsudative atrophique, c'était l'altération des 3 couches qui prédominait, bien entendu pour les parties atrophiées.

FORME, NOMBRE ET GRANDEUR DES ALTÉRATIONS.

Les altérations s'offraient le plus souvent sous forme de plaques irrégulières, quelquefois de stries ou de points. Le nombre des plaques était multiple dans environ deux tiers (28) des cas; dans environ un tiers (16), on n'en comptait qu'une seule. *Nous remarquons en outre que toutes les fois que l'altération se trouvait seulement dans la région de la tache jaune, elle consistait en une seule plaque.*

La grandeur des altérations, dans environ deux tiers (30) des cas, dépassait celle de la pupille, tandis que souvent à côté de celles-là s'en trouvaient qui étaient plus petites ; dans environ un tiers, les plaques étaient plus petites que le disque. J'ai remarqué que, dans les 16 cas où il n'y avait qu'une seule plaque, dans 12 d'entre eux cette plaque était plus grande que la papille. Dans les 28 yeux à plusieurs plaques, chez 18 d'entre eux il y avait une plaque plus grande que la papille.

SIÉGE DES ALTÉRATIONS.

Dans nos 44 yeux, j'ai constaté que les altérations choroïdiennes siégeaient :

Dans la région de la tache jaune, avec des altérations à la périphérie,	dans	19	cas
Seulement dans la région de la tache jaune,	»	8	»
Seulement à la périphérie,	»	17	»

Si nous détaillons les lésions de la périphérie, nous trouvons :

Dans toute la périphérie,	dans	12 (27 °/o)	cas.		
Dans la périphérie en dedans,	»	18 (41 °/o)	»	en dedans du disque optique . .	10
				entre la papille et la tache jaune	9
				entourant la papille . . .	4
» » haut,	»	8 (18 °/o)	»		
» » bas,	»	4 (9 °/o)	»		
» » dehors,	»	4 (9 °/o)	»		

Il est évident que maintes fois les altérations se présentaient en plusieurs endroits sur le même œil.

Nous venons donc de voir que, *de toutes les parties de la choroïde, c'est la région correspondante à celle de la tache jaune (61 °/o) qui par préférence est atteinte ;* cependant il ne faut pas perdre de vue que, à cause de la diminution de la vue centrale, les personnes atteintes à cet endroit se présentent à l'observation, tandis que les altérations périphériques gênant beaucoup moins la vue, les malades qui en sont porteurs s'offrent bien moins à l'examen. Nous avons vu ensuite *que, dans environ deux tiers de ces cas, la périphérie est en même temps atteinte, tandis que, dans environ un tiers, les altérations se trouvaient seulement dans la région de la tache jaune; qu'après la région de la tache jaune, la partie interne de la choroïde (41 °/o) était le siége de prédilection, tant en dedans qu'en dehors du disque optique; qu'ensuite venait toute la périphérie et enfin la périphérie en haut; que les endroits de la choroïde le moins souvent malades étaient la périphérie inférieure et extérieure.*

COULEUR DES PARTIES ALTÉRÉES.

La couleur des parties affectées était très variée, dépendant surtout des altérations épithéliales, soit de celles de la

couche pigmentaire épithéliale, soit de celles de la chorio-capillaire, soit de la présence d'un exsudat.

a) Le fond des plaques était blanc-luisant (sclérotique devenue visible), foncé (accumulation de pigment), grisâtre, gris-luisant ou blanc-grisâtre (exsudat), blanc-rosé, rempli de petites taches de pigment ou de petits points grisâtres, ou bien noir avec des parties grises au milieu. Tantôt l'altération consistait en pigment accumulé entre les vaisseaux de la choroïde ; tantôt on voyait les vaisseaux de la choroïde plus ou moins atrophiés ou les vaisseaux rétiniens se promener sur le fond de la plaque.

Le fond des plaques était le plus souvent blanc avec des nuances tirant sur le gris ou le rosé, entouré de bords foncés dans presque la moitié des cas (*21*) ; dans six yeux, au contraire, c'était un fond noir entouré de bords blancs avec des nuances tirant sur le gris ou le rose.

b) Les bords étaient noirs, rouge-grisâtre, grisâtres, rouge-foncé, rosés, blanchâtres, foncés, ou bien étaient formés par la choroïde normale. Souvent aussi les bords ne différaient pas du fond de la plaque.

DIFFÉRENCE DE NIVEAU ENTRE LES PARTIES ALTÉRÉES ET LE RESTE DU FOND OCULAIRE.

Dans six cas, j'ai pu noter une élévation ou une dépression du niveau des parties altérées.

Il y avait dépression de niveau dans trois cas de choroïdite atrophique ; dans un de ces cas, on constatait en même temps une élévation de niveau, au-dessus de la choroïde normale, du bourrelet noir qui entourait la plaque.

Il y avait élévation de niveau dans trois cas de choroïdite exsudative.

De ce que je n'ai constaté avec certitude que trois dépressions de niveau dans les vingt-quatre yeux atteints de choroïdite atrophique avec altération des trois tissus de

cette membrane, et trois élévations pour les vingt-six cas de choroïdite exsudative, il ne s'en suit pas qu'en réalité les dépressions et les élévations soient si rares. Il faut, en effet, prendre en considération les difficultés qu'on a à examiner ces différences de niveau, par suite des faibles changements d'accommodation auxquels l'examinateur est obligé quand il inspecte le fond de l'œil à l'aide de l'image droite.

COMPLICATIONS DE LA CHOROÏDITE.

Elles se sont présentées au disque optique et à la rétine, dans le corps vitré, à l'iris et à la cornée.

AU DISQUE OPTIQUE ET A LA RÉTINE.

Couleur de la papille (1).

On a remarqué que la couleur de la papille était :

Normale dans		18 (41 °/o)	cas.
Blanche ou blanchâtre (atrophique), dans 25 (57 °/o) cas.	dans toute sa surface, dans	11	»
	dans toute sa surface, mais surtout dans sa moitié externe, dans	5	»
	seulement dans sa moitié externe, dans	8	»
	seulement dans sa moitié interne, dans	1	»
Plus rouge que la normale, par suite d'une congestion		1 (2 °/o)	»

La congestion de la papille a été observée dans une choroïdite exsudative périphérique qui datait de huit jours.

Nous voyons donc que *la couleur de la papille était normale dans moins de la moitié des cas et trop rouge dans un autre ; que, dans le reste, elle était blanche ou blanchâtre, soit dans toute sa surface, soit en partie, et enfin que le changement de coloration s'observait par préférence sur toute sa surface et dans sa moitié externe.*

(1) L'examen est pratiqué à l'image droite.

Dans le seul cas où la moitié interne seule était blanchâtre, — fait qu'on peut qualifier d'exceptionnel — l'altération choroïdienne consistait en une grande plaque atrophique dans la région de la tache jaune.

État des vaisseaux rétiniens.

Le calibre des vaisseaux de la rétine était :

Normal dans		18 (41 °/₀) cas.
Anormal dans 26 (59 °/₀) cas.	artères et veines à calibre diminué, dans	12 (27 °/₀) »
	artères seulement à calibre diminué, dans	11 (25 °/₀) »
	veines volumineuses et tortueuses (artères normales), dans	1 (2½ °/₀) »
	veines volumineuses (mais non tortueuses et artères normales, dans	2 (4½ °/₀) »

Dans deux cas, dont un à artères et veines rétrécies, il y avait quelques veines oblitérées et à parois blanches ; dans le second, les artères et les veines étaient normales, sauf une veine qui se trouvait oblitérée et à parois blanches. Dans ces deux yeux, l'oblitération commençait à quelque distance de la papille et pouvait être poursuivie jusqu'à la périphérie.

Nous voyons donc que *les affections de la choroïde amènent indirectement, dans plus de la moitié des cas, un changement dans le calibre des vaisseaux rétiniens, lequel consiste principalement dans la diminution de calibre des artères.*

Rapport entre la couleur de la papille et l'état de ses vaisseaux.

Dans les dix-huit yeux à couleur normale de la papille, les vaisseaux étaient normaux dans quatorze d'entre eux ; dans les quatre autres il y avait : chez trois d'entre eux, artères et veines rétrécies, et, chez le dernier, artères et veines normales, sauf une veine oblitérée à parois blanches.

Nous venons donc de voir que, *bien que le plus fréquemment la couleur normale de la papille corresponde à l'état normal des vaisseaux rétiniens, ce rapport cependant n'est pas constant.*

Dans les onze yeux dans lesquels toute la surface de la papille était blanchâtre, j'ai constaté :

Artères et veines rétrécies dans . . . . 7 cas.
Artères seulement » » . . . . 4 »

Dans les cinq cas à papille blanche dans toute sa surface, mais principalement à sa moitié externe, j'ai trouvé ;

Artères et veines rétrécies dans . . . . 1 cas.
Artères seulement » » . . . . 4 »

Quand donc la papille présente un aspect atrophique sur toute sa surface, il y a toujours diminution dans le calibre des artères, et, dans la moitié des cas, dans le calibre des veines.

Pour les 8 yeux à papille blanchâtre uniquement dans sa moitié externe, j'ai remarqué :

Artères et veines normales dans . . . . 4 cas.
Artères et veines rétrécies » . . . . 1 »
Artères rétrécies » . . . . 3 »

Quand donc la moitié externe seule présente un aspect atrophique, dans la moitié des cas les vaisseaux sont normaux; dans l'autre moitié, les artères sont diminuées de calibre tandis que le plus souvent les veines sont normales.

Pour le cas où la papille était blanche seulement à sa moitié interne, les vaisseaux étaient normaux. Dans le cas à hypérémie du disque optique, les veines étaient gonflées et les artères normales.

Excavation atrophique de la papille.

J'ai constaté cet état pathologique deux fois : une fois les vaisseaux rétiniens étaient normaux, une autre fois ils étaient rétrécis de calibre.

Il est à remarquer que, dans l'atrophie du nerf optique par suite de choroïdite, la papille est plus rarement excavée que dans les atrophies provenant d'une affection du système nerveux central.

Limites de la papille.

Dans 15 yeux les limites de la papille étaient mal dessinées.

La confusion des limites était accompagnée dans 4 cas d'une couleur normale de la papille, dans 10, de blancheur de toute la surface papillaire, et dans le dernier d'hypéremie du disque.

Dans 4 de ces 15 cas, les vaisseaux étaient normaux et justement chez ceux où la couleur de la papille était normale. Dans 10 cas, les artères et les veines étaient rétrécies ou seulement les artères; dans le dernier, où il y avait hypérémie du disque, les veines étaient gonflées.

Nous voyons donc que, *dans environ un tiers des cas, les limites de la papille étaient diffuses, probablement par suite de la propagation d'un processus inflammatoire développé dans la partie rétinienne qui se trouvait directement en contact avec les parties atteintes de la choroïde; que souvent la partie rétinienne qui couvrait la limite choroïdienne restait trouble, bien que ce processus fût depuis longtemps dissipé.*

Dans la plupart des cas, cette confusion de limites était accompagnée de blancheur de toute la surface papillaire, avec diminution dans le calibre des vaisseaux, principalement des artères.

Mais observons en même temps qu'il peut exister une confusion des limites papillaires, sans que la couleur du disque optique ou le calibre de ses vaisseaux soient changés.

Il est probable que la rétine qui environne la papille doit être aussi dans beaucoup de cas légèrement infiltrée; mais il est plus difficile de juger exactement du degré de

transparence de cette partie, contrairement à ce qui se passe pour la portion rétinienne qui couvre la limite choroïdienne.

Dans 9 cas à limites confuses de la papille, il y avait une altération dans le centre de la choroïde, la plupart du temps jointe à une altération périphérique, et dans les 6 autres il y avait seulement des altérations à la périphérie. Cela démontre que l'inflammation des fibres rétiniennes peut se propager jusqu'au disque, tant du centre que de la périphérie.

Infiltration de la rétine et rétinite exsudative.

Dans 4 cas j'ai constaté une rétinite exsudative; dans 2 d'entre eux, il y avait en outre infiltration partielle de la rétine. Dans 2 autres cas il y avait seulement infiltration. *Les exsudations et infiltrations étaient toujours en contact avec les altérations de la choroïde, se trouvant soit sur elles, soit à côté d'elles.*

Infiltration de pigment dans la rétine.

J'ai observé du pigment infiltré dans la rétine dans 29 (58 °/₀) cas. Si nous détaillons, nous trouvons que le siége de ce pigment était :

Au dessus de l'altération choroïdienne dans. . . . . 24 cas
En contact avec les vaisseaux rétiniens, soit le long des vaisseaux, soit les couvrant, dans . . . . 8 »

Dans ces derniers cas, il y en avait 5 où le pigment était en rapport avec les vaisseaux, le plus souvent autour des veines, sans correspondre à une altération choroïdienne sous-jacente.

Dans les 8 cas où l'altération choroïdienne était seulement à la région de la tache jaune et ne consistait qu'en une seule plaque, il se trouvait du pigment dans la rétine correspondante dans 3 yeux.

Nous voyons donc que, *dans plus de la moitié des cas, il y a du pigment infiltré dans la rétine*, et que le plus

fréquemment ce pigment se trouve dans la partie de cette membrane correspondant à la partie choroïdienne altérée ; *que bien moins souvent il se trouve en rapport avec les vaisseaux, sans être pourtant toujours en rapport avec une altération de la choroïde.*

COMPLICATION DU COTÉ DU CORPS VITRÉ.

Dans nos 50 yeux, il y en avait 30 (60 °/₀) qui offraient des troubles du corps vitré ; ce qui prouve déjà la grande fréquence de cette complication dans la choroïdite.

Forme, couleur et mobilité des opacités du corps vitré.

Dans ces 30 cas j'ai trouvé :

Seulement des opacités circonscrites dans	14 cas.
Opacité générale et diffuse (avec des troubles circonscrits dans 9 yeux) dans.	12 »
Opacité circonscrite et diffuse dans une partie de l'humeur vitrée, dans	2 »
Opacité circonscrite, mais invisible à l'ophthalmoscope, dans .	2 »

J'entends par opacités circonscrites celles dont la forme est bien visible, et par opacité diffuse un trouble comparable à un brouillard dont il n'est pas possible de distinguer le dessin.

Comme il arrive très souvent que l'examen des opacités circonscrites n'est pas praticable à l'aide seul de l'éclairage direct, je l'ai fait par l'image renversée, pour pouvoir parcourir ainsi les couches successives du corps vitré.

La forme des opacités circonscrites était le plus souvent irrégulière, simulant parfois une membrane, d'autres fois filiforme ou annulaire; quelquefois elles variait dans les différents mouvements de l'œil.

Ces troubles avaient une couleur grisâtre. et dans un cas une couleur bleuâtre.

Ils étaient mobiles dans 21 yeux, immobiles dans 6.

Nous remarquons donc que : *dans plus de la moitié des cas, les opacités étaient seulement circonscrites*;

dans moins de la moitié des cas, des troubles circonscrits et diffus se trouvaient réunis, le plus souvent tout le corps vitré étant envahi ; dans un petit nombre d'yeux enfin, il n'y avait que des opacités diffuses et générales.

Siége des opacité circonscrites.

Ces opacités se trouvaient :

En face et près de la papille, dans . . . . 7 cas.
Adhérentes à la partie de la rétine correspondant à l'altération choroïdienne, dans . . . . 6 »
Derrière le cristallin, dans. . . . . 1 »
Devant la tache jaune, dans . . . . 1 »
Adhérente à un exsudat rétinien, dans . . . . 1 »

Dans le reste des yeux elles occupaient différentes régions du corps vitré.

Il est à noter que *les opacités se trouvaient assez souvent en face et près de la papille ou adhérentes à la partie de la rétine correspondant à l'altération choroïdienne. Nous devons admettre que, dans ces derniers cas, les troubles naissent sur place à la suite d'une inflammation rétinienne.*

INFLUENCE DU SIÉGE DES AFFECTIONS CHOROIDIENNES SUR LES ALTÉRATIONS DU CORPS VITRÉ.

Les opacités du corps vitré se trouvaient :

Dans les 8 yeux à affection localisée seulement dans le centre de la choroïde, dans . . . . 3 (37 °/°) cas.
Dans les 17 yeux à affection choroïdienne périphérique seulement, dans. . . . . 12 (71 °/°) »
Dans les 19 yeux à affection centrale et périphérique à la fois, dans. . . . . 10 (35 °/°) »

Nous voyons donc que les affections périphériques de la choroïde produisent beaucoup plus fréquemment des opacités du corps vitré dans les affections centrales.

COMPLICATIONS DU COTÉ DE L'IRIS:

Parmi les 50 yeux, il y en a eu 6 qui ont présenté une iritis en même temps que l'affection profonde.

Dans le 1er cas, l'iritis avait commencé par une injection profonde sans douleur, et elle a disparu spontanément sans aucun traitement, ne laissant sur la capsule que trois ou quatre petits dépôts de pigment indépendants de l'iris.

Chez le 2me malade, l'iritis avait commencé aussi par une injection profonde et sans douleurs, en laissant des synéchies postérieures, des exsudats et du pigment sur la capsule.

Chez le 3me, l'injection profonde ne se serait pas manifestée, d'après le dire du malade, mais il y aurait eu des douleurs intrà-oculaires dès le début; cette iritis n'a laissé que des synéchies postérieures.

Chez le 4me, il y a eu de l'injection profonde, des douleurs temporales et surtout intrà-oculaires; comme résultat de l'inflammation, plusieurs filaments gris, partant du bord et convergeant tous vers le centre pupillaire, sans cependant se toucher. Sur ces filaments libres et mobiles sur la capsule du cristallin, on voit quelques points de pigment qui remuent aussi par les mouvements de la pupille.

Chez le 5me, il y a eu au début injection profonde, puis photophobie et douleurs dans la région suprà-orbitaire, avec irradiation dans l'occiput et la nuque. La pupille était irrégulière, mais on ne pouvait pas constater de pigment sur la capsule, à cause des troubles dans la membrane. de Descemet.

Chez le 6me, il y a eu injection profonde ; la pupille était dilatée au maximum, surtout en haut, sans instillation d'atropine, et malgré cet état il y avait une iritis se manifestant par du pigment déposé sur la capsule et en contact avec le sphincter dilaté. Point de douleurs, ni spontanées, ni par pression sur le bulbe. En même temps, l'œil était glaucomateux, car sa tension était extrêmement élevée;

c'est cette dernière affection qui causait la dilatation pupillaire. Notons en passant que, après avoir pratiqué dans ce cas une iridectomie, la tension oculaire devint normale, mais que l'inflammation ne disparut que peu à peu.

Cette injection profonde n'était certainement pas due au glaucôme; d'abord, parce qu'il n'y avait aucune douleur (symptôme qui ne manque jamais dans le glaucôme aigu), et ensuite parce que, la dureté oculaire ayant cessé par l'iridectomie, l'injection profonde ne céda que fort lentement. L'inflammation était donc bien causée par l'iritis et par la kératite ponctuée qui l'accompagnait.

Dans 3 de ces 6 cas avec iritis, la choroïdite s'est présentée subitement, et en moins de 3 jours dans les autres.

L'affection choroïdienne signalée aux malades par la diminution de la vue ou bien par l'apparition de troubles dans le corps vitré, a été accompagnée dès son début par l'iritis; dans les 2 autres, l'iritis s'est développée quelque temps après la choroïdite.

Nous voyons donc que, *dans 12 °/₀ des cas, la choroïdite a été accompagnée d'une iritis, fait qui ne peut surprendre, étant données les relations anatomiques qui existent entre la choroïde et l'iris.*

Nous voyons ensuite que toutes ces iritis moins une ont commencé par une injection profonde.

Il est à noter que l'injection épisclérale dans l'iritis consécutive à une affection profonde, est ordinairement très peu intense, à ce point que j'ai rencontré des malades porteurs de choroïdite ou de rétinite et de restes d'iritis consécutive, qui prétendaient n'avoir jamais eu d'inflammations oculaires. Or, cette injection n'est jamais niée dans les iritis primitives, preuve que l'injection profonde a été très légère dans ces cas secondaires.

En outre, nous observons *qu'il y a moins de douleurs dans l'iritis par propagation* (*50 °/₀*) *que dans l'iritis primitive* (71 °/₀).

Nous tirons ce dernier chiffre d'un travail sur l'iritis, que j'ai publié antérieurement.

COMPLICATIONS DU COTÉ DE LA CORNÉE.

Dans 7 cas (14 $^{0}/_{0}$) il y avait une kératite ponctuée caractérisée par de petits points gris ou gris-brunâtres, sur la face postérieure de la membrane de Descemet, variant de la grosseur de points presqu'invisibles à l'œil nu, jusqu'à celle d'une tête d'épingle, tantôt en nombre très grand, tantôt assez peu nombreux pour être comptés facilement. Ces points diminuaient en nombre et en grosseur, de la périphérie inférieure vers le centre, sauf dans un cas où le contraire eut lieu. Dans 6 yeux, la kératite ponctuée occupait seulement la moitié inférieure de la membrane de Descemet, dans 1 cas toute cette membrane, mais surtout en bas.

Dans 3 cas il y avait iritis, dont une avec des restes.

Chez 3 malades il y avait injection profonde, qui s'accompagnait d'iritis chez 2 d'entre eux.

On notait des douleurs dans 4 cas ; elles étaient intrà-oculaires ou supra-orbitaires avec correspondance dans l'occiput et la nuque ou frontales. Parmi ces 4 yeux, il y en avait 2 sans iritis.

Dans tous ces 7 cas on observait des troubles du corps vitré, généraux dans 6 cas, circonscrits dans le dernier.

La tension intrà-oculaire était normale dans 6 cas ; dans le 7me il y avait glaucôme.

Les personnes atteintes de cette affection cornéenne avaient depuis peu de temps leur choroïdite ; mais il n'a pas été possible d'apprendre si la kératite ponctuée s'était installée dès le commencement de l'affection choroïdienne.

La choroïdite, dans ces 7 cas, s'est toujours développée en peu de temps ; subitement dans 4 cas, en moins de 3 jours dans les 3 autres.

Nous dirons donc que *la choroïdite, dans environ*

la 7me partie des yeux affectés, se complique de kératite ponctuée, avec ou sans iritis, mais toujours avec des troubles du corps vitré, l'ensemble des symptômes se développant rapidement.

ÉTIOLOGIE.

Chez mes 37 malades, la cause de la choroïdite a été :

La syphilis, chez 10 (27 °/₀) malades, sur . . . . . 14 (28 °/₀) yeux

Chez 1 d'entre eux l'existence de la syphilis était incertaine :

La syphilis héréditaire chez (8 °/₀) malades, sur . . . 4 (8 °/₀) yeux

Chez 1 d'entre eux la choroïdite était congéniale :

La consanguinité des parents chez 2 (5 °/₀) malades, sur. 3 (6 °/₀) yeux
Inconnue mais congéniale chez 2 (5 °/₀) malades, dont l'un douteux, sur. . . . . 3 (6 °/₀) »
L'hérédité chez 1 (3 °/₀) malade, sur . . . . 2 (4 °/₀) »

Dans un 1 œil l'affection était congéniale : la mère avait eu des altérations choroïdiennes :

Traumatique chez 1 (3 °/₀) malades sur. . . . . 1 (2 °/₀) œil
Inconnue chez 18 (49 °/₀) malades, sur. . . . . 23 46 °/₀ yeux

Nous concluons que, *chez près de la moitié des malades la cause de la choroidite était inconnue*; *que chez environ un quart d'entre eux, c'était la syphilis*; *que, chez le reste des malades, nous avons rencontré comme causes : la syphilis héreditaire, la consanguinité des parenté, l'hérédité et le traumalisme*; *enfin, que la choroïdite chez quelques sujets s'est presntée dès la naissance.*

Chez les 10 sujets entachés de syphilis, 4 (40 °/₀) d'entre eux ont eu les deux yeux atteints et les 6 (60 °/₀) autres un œil seulement. Chez ces 6 derniers, j'ai constaté deux fois des restes d'iritis dans l'autre œil. Il est à remarquer que *seulement chez 40 °/₀ des malades, la choroïdite s'est montrée aux deux yeux, bien que la cause fût une affection constitutionnelle.*

Cependant pour l'iritis syphilitique nous avions déjà constaté à peu près le même rapport.

Chez ces mêmes 10 personnes, qui toutes avaient contracté un ou plusieurs chancres, je constatai que l'affection oculaire avait été précédée des symptômes syphilitiques secondaires suivants .

Du rhumatisme articulaire chez 4 malades	généralisé chez	3 sujets
	partiel »	1 »
Des ulcération sur le corps, chez.		2 malades
Une éruption papuleuse sur la peau, chez		1 »
Une angine ulcéreuse, chez		1 »
Des onyxis, chez.		1 »
Des végétations autour de l'anus, chez.		1 »
Du vertige et une sensation de pensateur dans la tête, chez .		1 »

Quelquefois ces symptômes se groupaient chez le même malade. Chez 2 d'entre eux, il n'y a pas eu de symptômes secondaires avant mais bien *durant* l'affection oculaire ; ces manifestations consistaient en une angine ulcéreuse, du rhumatisme articulaire partiel et du psoriasis palmaire. Chez 1 sujet, il ne s'est point développé de symptômes secondaires en dehors de la choroïdite.

Nous voyons donc que *le rhumatisme articulaire et la forme généralisée étaient le symptôme syphilitique qui, le plus souvent précédait la choroïdite; que 90 °/₀ des malades ont présenté, soit avant, soit durant l'affection oculaire, des symptômes syphilitiques secondaires, que la choroidïte se manifeste assez rarement (10 °/₀) comme unique symptôme syphilitique secondaire : du reste, nous avons également constaté dans un autre travail, que, dans 10 °/₀ des cas, l'iritis constituait l'unique symptôme de syphilis secondaire, que chez 70 °/₀ il y avait toujours des symptômes syphilitiques secondaires avant l'apparition de la choroïdite, et chez 20 °/₀ seulement durant cette affection.*

Chez trois des quatre malades atteints probablement de syphilis héréditaire, je n'ai pas constaté de symptôme de

syphilis, mais, chez le dernier, il y a eu une ulcération perforante du voile du palais pendant la choroïdite.

DÉVELOPPEMENT DE LA CHOROIDITE.

Le développement de la choroïdite a eu lieu :

Lentement, dans.	15	yeux.
Rapidement (en quelques jours), dans.	11	»
Subitement (en moins d'un jour), dans	19	»
D'une façon indéterminable (congénitalement), dans . . .	5	»

Nous remarquons donc que *le plus souvent* (*38* °/₀) *la choroïdite s'est développée subitement.*

Les malades qui accusaient ce développement subit prétendaient presque toujours avoir été frappés par l'apparition de troubles du corps vitré ou par une diminution rapide de la vue.

Rapport entre le développement de la choroïdite et l'état du corps vitré

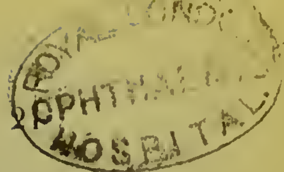
Parmi les dix-neuf yeux à développement subit, j'ai trouvé des troubles de l'humeur vitrée dans 14 (73 °/₀) cas; dans les onze yeux à développement rapide, il y avait des troubles dans 6 (54 °/₀) cas; parmi les quinze yeux à développement lent, j'ai trouvé des opacités dans 7 (46 °/₀) cas, et dans les cinq yeux à développement indéterminé; l'on constatait des opacités dans 3 cas.

Il résulte de ces faits que, *plus le développement de la choroïdite a été brusque plus cette affection se complique d'opacités du corps vitré.*

Rapport entre le développement de la choroïdite et l'étiologie de cette affection.

Dans les 19 cas à développement subit, la cause était :

La syphilis, dans	3 (16 °/₀)	cas.
La consanguinité des parents, dans	2	»
La syphilis héréditaire (?) dans	2	»
L'hérédité, dans	1	»
Inconnue	11 (58 °/₀)	»



Dans les onze yeux à développement rapide, la cause était :

La syphilis, dans	6 (54 %)	cas.
Traumatique, dans	1	»
Inconnue, dans	4 (36 %)	»

Dans les 15 yeux à développement lent, la cause était :

La syphilis (douteuse dans 2 cas), dans	5 (33 %)	cas.
La syphilis héréditaire, dans	1	»
La consanguinité des parents, dans	1	»
Inconnue	8 (53 %)	»

Dans les 5 yeux à développement indéterminé, la cause était :

La syphilis héréditaire, dans	1	cas
L'hérédité, dans.	1	»
Inconnue, dans	3	»

Nous voyons donc, que *la cause de la choroïdite à développement subit et à développement lent, était inconnue dans environ la moitié des yeux, tandis que la syphilis était la cause d'environ la moitié des cas de choroïdite à développement rapide.*

ACUITÉ DE LA VISION CENTRALE.

L'acuité de la vision centrale des 50 yeux variait entre 1 et 0.

La vue de	5 yeux	était égale à	1
»	5	»	3/4
»	4	»	1/2
»	7	»	1/3
»	2	»	1/4
»	3	»	1/8
»	13	»	1/200 à 10/200
»	5	»	$\frac{1}{\infty}$ (sensation de lumière)
»	3	»	0 (cécité complète)

La vue de 3 yeux n'a pas été mesurée.

Les yeux étaient :

Emmétropes, dans	25	cas.
Myopes, dans	6	»
Hypermétropes, dans	3	»

La réfraction de 16 yeux était inconnue.

Nous constatons donc que *l'acuité visuelle de 10 °/₀ de ces yeux était égale à 1 ; que l'affection choroïdienne avait produit la cécité complète de 6 °/₀ des cas, et que, dans 36 °/₀ des yeux, la vision était si minime qu'elle rendait la marche difficile ; que dans 28 °/₀ la vue était suffisante (S = 1 à 1/2) pour les différents besoins de l'existence, et enfin que dans 66 °/₀, la diminution de la vue (S = moins de 1/2) paralyse les malades au point de les empêcher de se livrer à aucun travail d'application.*

Ainsi, bien que la choroïdite conduise assez rarement à la cécité complète, elle arrête les malades dans beaucoup plus de la moitié des cas.

Dans 9 cas il y avait un scotôme central, qui dans 8 yeux correspondait à des altérations de la choroïde, visibles dans la région de la tache jaune ; ce qui démontre qu'*un tiers des yeux à altérations choroïdiennes dans la région de la tache jaune est affecté d'un scotôme central.*

Influence de la choroïdite dans la région de la tache jaune, sur la vision centrale.

Dans les 27 yeux à affection choroïdienne, région de la tache jaune, (notons que 19 d'entre eux offraient aussi des altérations à la périphérie), j'ai constaté :

S =	3/4	dans	1 œil
S =	1/2	»	1 »
S =	1/3	»	4 »
S =	1/4	»	1 »
S =	1/8	»	3 »
S =	1/200 à 10/200	»	6 »
S =	$\frac{1}{\infty}$	»	4 »
S =	0	»	3 »

L'acuité de vision de 4 yeux était inconnue.

Nous constatons donc que *la rétine de tous ces yeux a été secondairement affectée ; que la vue de 7 °/₀ d'entre*

eux était suffisante pour les différents besoins sociaux, tandis que dans 78 °/₀ les yeux avaient une vision trop faible pour leur permettre de se livrer à un travail d'application ; que l'acuité de vision de 48 °/₀ d'entre eux était insuffisante pour la marche, et enfin qu'il y avait cécité complète de 11 °/₀ d'entre eux.

Influence de la choroïdite, seulement dans la région de la tache jaune, sur la vue centrale.

Dans les 8 cas où il n'existait qu'une altération centrale choroïdienne, j'ai constaté :

Dans	1	œil	$S = 1/3$
»	3	yeux	$S = 5/200$ à $8/200$
»	3	»	$S = \frac{1}{\infty}$
»	1	œil	$S = 0$

Ce qui nous démontre qu'*aucun de ces yeux n'était apte à permettre un travail d'application et que l'état de la vue de 87 °/₀ d'entre eux était insuffisante pour la marche.*

Dans 50 °/₀ de ces cas on constatait une atrophie plus ou moins prononcée de la papille.

Influence des altérations choroïdiennes périphériques sur la vue centrale

La vision centrale des 16 yeux (la vue d'un œil étant inconnue) atteints seulemeut d'altérations périphériques de la choroïde était :

1	dans	4	yeux
3/4	»	3	»
1/2	»	2	»
1/3	»	4	»
1/4	»	1	»
4/200	»	2	»

La diminution de la vue dans 3 cas dépendait presque entièrement des troubles du corps vitré.

Nous voyons donc que *la vue de 25 °/₀ de ces yeux était complètement conservée; que la vue de 56 °/₀ variait entre 3/4 et 1/2 et que la vue de 12 1/2 °/₀ était insuffisante pour la marche.*

De l'influence du siège des altérations choroïdiennes sur la vue centrale.

Établissons d'abord une grande différence entre la vue centrale des yeux atteints de choroïdite périphérique et celle des yeux atteints de choroïdite centrale : tandis que 25 °/₀ des cas de choroïdite périphérique présentaient S = 1, aucun des yeux atteints de choroïdite centrale n'avait cette quantité de vue; de même, alors que 56 °/₀ des cas de choroïdite périphérique présentaient une vue qui pouvait permettre le travail d'application, il n'y avait que 7 °/₀ des yeux à choroïdite centrale qui fussent dans les mêmes conditions; enfin, tandis que la marche était très difficile ou impossible dans 12 1/2 °/₀ des cas de choroïdite périphérique, elle l'était dans 48 °/₀ des cas de choroïdite centrale.

Si maintenant nous comparons la vue centrale dans les affections périphériques avec celle des 8 cas à affection centrale seulement, nous trouvons que la différence dans la quantité de vue est bien plus considérable encore; car, au lieu de la proportion de 7 °/₀, capables d'application au travail, ici il n'y en a plus aucun, et au lieu de 48 °/₀ avec marche difficile ou impossible, ici c'est 87 °/₀. On s'attendrait au premier abord que l'acuité de vision de ces 8 yeux dût être meilleure que celle des 27 à altérations centrales et périphériques ; on voit que c'est justement le contraire qui a lieu.

Il faut donc admettre que *les altérations qui se trouvaient seulement localisées dans le centre, sont plus nuisibles à la vue que celles, qui en même temps sont accompagnées d'altérations périphériques.*

ACUITÉ DE VISION PÉRIPHÉRIQUE.

Dans les 8 yeux atteints seulement d'altérations choroïdiennes centrales, j'ai constaté :

Que, dans 7 (87 °/₀) yeux, la vue périphérique était normale, c'est-à-dire que les doigts pouvaient être comptés dans toute la périphérie, à une distance de 2' à 3', malgré l'état d'atrophie plus ou moins prononcée de la papille, qui fut noté dans 4 d'entre eux ; que chez le dernier l'acuité de vision était diminuée à la périphérie en haut, en dedans et en dehors, où les mouvements de la main furent seulement perçus à 2' ou 3'; ici la couleur de la papille était normale, seulement ses vaisseaux étaient diminués de calibre.

Dans les 16 yeux affectés seulement d'altérations choroïdiennes périphériques, j'ai noté que le champ visuel était partiellement défectueux dans 9 (56 °/₀) cas, c'est-à-dire que la vue périphérique était diminuée dans 6 cas et abolie dans les 3 autres. Le siége du rétrécissement du champ visuel correspondait dans *tous* les cas directement à celui des altérations choroïdiennes, et dans 5 d'entre eux le champ visuel était en outre *indirectement* rétréci, c. a. d. que les parties défectueuses du champ visuel correspondaient à des parties rétiniennes normales, mais qu'elles étaient produites par une cessation de la conductibilité des fibres rétiniennes.

Dans les 7 (44 °/₀) autres cas je n'ai pas rencontré de défectuosités dans le champ visuel, bien que, dans 5 d'entre eux, le disque optique ou ses grands vaisseaux fussent atteints. Comme dans ces 5 derniers la rétine était affectée, il doit y avoir existé aussi des défectuosités du champ visuel, mais qui auront échappé à mon examen.

La vue centrale dans 9 cas était *indirectement* altérée ; dans les 7 autres, elle était normale, bien que dans 5 d'entre eux il existât une diminution partielle de l'acuité de la vision périphérique. La vue centrale de 5 d'entre ces 9

cas était indirectement atteinte, bien que je n'aie pas constaté de défectuosités dans le champ visuel.

Il faut admettre néanmoins que des interruptions du champ visuel existaient dans les 5 derniers yeux ; car, du moment que la vue centrale est indirectement affectée, il faut : 1° que l'altération choroïdienne se trouve située à un endroit où passent des fibres rétiniennes se dirigeant vers la tache jaune, et 2° que les fibres retiniennes qui se trouvent au-dessus de la partie altérée de la choroïde soient elles-mêmes dans un état pathologique. Dans ces 9 cas, il y avait toujours une atrophie plus ou moins prononcée du disque, sauf dans 1 cas où la papille était normale, mais où il y avait infiltration de pigment dans la rétine.

Comme nous venons de le voir, la vue centrale était indirectement atteinte dans 9 yeux, tandis que la vue périphérique l'était seulement dans 5 cas. La relation entre ces deux chiffres s'explique par ce fait que la plupart des fibres rétiniennes se rendent vers la région de la tache jaune : cependant il se pourrait aussi que certains cas où la vue périphérique était atteinte indirectement eussent échappé à mon examen, et qu'alors le dernier chiffre dût être un peu plus considérable.

Concluons donc que *dans 87 °/₀ des cas à altérations choroïdiennes centrales, la vue périphérique est normale*; *que dans les yeux à altérations seulement périphériques*, *la vue centrale ainsi que la périphérie sont défectueuses dans la moitié des cas*; *et enfin que la vue périphérique est moins souvent indirectement atteinte que la vue centrale.*

Quant au pronostic et traitement, ils sont trop connus pour que nous y insistions.

(Extrait des *Annales d'Oculistique* 1875.)

6.

DE

L'IRITIS SYPHILITIQUE